



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KVINNORS UPPLEVELSER OCH HANTERINGSTRATEGIER VID MISSFALL

Matilda Bogren & Paulin Chu

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Lena Johansson
	Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka våra kurskamrater och lunchgruppen för all stöd, motivation och välbehövliga lunchpauser. Vi vill även tacka Margit Nelson-Wareborn för givande språkhandledning. Stort tack till både Biomedicinska biblioteket och Studietorget hälsovetarbacken som bidragit med god studiemiljö och användbar kurslitteratur. Vi är oerhört tacksamma över den hjälp och motivation vår handledare Christopher Holmberg bidragit med under hela examensarbetet.

Titel (svensk)	Kvinnors upplevelser och hanteringsstrategier vid missfall.
Titel (engelsk)	Miscarriage: Women's experiences and coping strategies.
Examensarbete:	15 HP
Program:	Sjuksköterskeprogrammet 180 HP
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Författare:	Matilda Bogren och Paulin Chu
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Lena Johansson

Sammanfattning:

Missfall är vanligt förekommande och av alla kända graviditeter avslutas 15–20 procent i missfall. Den vanligaste orsaken är kromosomavvikelser och missfall är ofta något som inte kan förhindras. Kvinnan lämnas ofta i ett stort tomrum med känslor av skuld och otillräcklighet. Forskning visar att missfall kan medföra känslomässig stress, ångest, nedstämdhet och en ökad risk för depression. Kvinnor har ett stort behov av emotionellt stöd och önskar att sjuksköterskan bekräftade deras känslor i samma utsträckning som deras fysiska symtom. Långt ifrån alla kvinnor följs upp av sjukvården efter att ha drabbats av missfall. Det gör att många kvinnor lämnas att själva få hantera situationen och täcka sina egna omvårdnadsbehov efter ett missfall. Det är inte enbart kvinnors ansvar utan även sjukvårdens och sjuksköterskans ansvar. Syftet med vår studie är att beskriva upplevelser hos kvinnor efter missfall samt kvinnornas strategier för att hantera situationen. Metoden är allmän litteraturöversikt med kvalitativa originalartiklar för kartläggning av kunskapsläget samt för att identifiera praktisk kunskap som kan vara användbara i omvårdnadsarbetet. Elva artiklar inkluderades i litteraturöversikten. Vid analysen framkom två huvudteman och nio underteman i resultatet. Resultatet är att kvinnor som drabbas av missfall upplever situationen som emotionellt, psykisk och fysiskt påfrestande. Flera kvinnor beskriver även upplevelser av omvårdnaden. Kvinnors hanteringsstrategier är att sörja förlusten, söka svar och mening, skifta fokus, söka emotionellt och socialt stöd samt isolera sig från omvärlden. Slutsatsen är att kvinnor i olika hög grad upplever missfallet som fysisk, psykisk och emotionellt påfrestande. Kvinnor använder sig av många olika hanteringsstrategier, men alla kvinnor har inte tillräckligt med strategier för att hantera situationen vilket i några fall leder till mer psykiskt lidande och ökad risk för psykisk ohälsa.

Nyckelord: Missfall, kvinna, hanteringsstrategier, upplevelser, omvårdnad, Dorothea Orem, egenvård och egenvårdsbrist

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Missfall	1
Orsaker och riskfaktorer	2
Symtom och tecken.....	2
Psyisk ohälsa relaterat till missfall	4
Kvinnors omvårdnadsbehov efter missfall	4
Sjuksköterskans ansvar.....	5
Att arbeta hälsofrämjande och personcentrerat.....	5
Hanteringsstrategier.....	6
Dorothea Orems teori om egenvård.....	6
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod	7
Allmän litteraturöversikt.....	7
Datainsamling.....	7
Urvalsförfarandet	7
Artikelsökning.....	8
Analys av artiklar.....	9
Studiedeltagare och kontext.....	9
Resultat.....	10
Upplevelser.....	10
Emotionella upplevelser.....	10
Psyiskt lidande	11
Kroppsliga upplevelser	12
Upplevelser av vården.....	12
Hanteringsstrategier.....	13
Söka svar och finna mening	13
Skifta fokus	14
Söka emotionellt och socialt stöd	14
Isolera sig från omvärlden	15
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15

Resultatdiskussion	17
Negativt bemötande och bristande förståelse från omgivningen	17
Känslan av att vara icke önskvärd	18
Emotionellt och socialt stöd som egenvård	18
Omvårdnadsinsatser är nödvändigt vid egenvårdsbrist	18
Slutsats och kliniska implikationer	19
Referenslista	21
Bilagor	25
Bilaga 1. Söktabell	25
Bilaga 2. Översikt av artiklar	27

Inledning

Under den verksamhetsförlagda utbildningen på gynekologiavdelningen mötte vi kvinnor som drabbats av missfall. En sjuksköterska som arbetade på den avdelningen berättade om sin upplevelse av sitt personliga missfall. Hennes upplevelse var att ämnet ofta blir nedtystat i samhället.

Några frågor som växte fram var; Hur ofta pratar vi om missfall i samhället, är samtalsämnet tabubelagt, hur upplever kvinnor missfall och hur hanterar kvinnor sin sorg?

Missfall är ett vanligt förekommande fenomen hos gravida kvinnor och något som ofta inte kan förhindras. Vidare är missfall något som den grundutbildade sjuksköterskan kan stöta på i yrkeslivet oavsett om sjuksköterskan arbetar inom akutvård, gynekologisk avdelning, på en vårdcentral eller inom psykiatri.

Sjuksköterskan har ett ansvar för att den omvårdnad som bedrivs täcker omvårdnadsbehoven som kan uppstå vid missfall. Det går att förebygga ohälsa som kan uppstå efter missfall och sjuksköterskan har stor möjlighet att påverka det i sin profession. Genom att identifiera kvinnors behov och strategier kan vi få kunskap om hur vi kan förbättra omvårdnaden för kvinnor som drabbats av missfall.

Bakgrund

Missfall

Missfall är spontan utstötning eller avslutande av graviditet före den 22:e graviditetsveckan (Brännström et al., 2016). Graviditeter som avbryts efter vecka 22 definieras som för tidig förlossning med dödfött barn (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010).

Spontan abort är en annan benämning på missfall och används i medicinsk terminologi. Abort kan förknippas i allmänt språkbruk som något som är frivilligt vilket gör missfall till ett lämpligare begrepp när graviditeten avslutas ofrivilligt (Stjerndahl, 2015). I denna litteraturstudie kommer begreppet missfall att användas genomgående. Av alla kända graviditeter avslutas 15–20 procent i missfall och av dem inträffar 90 procent i första trimestern av graviditeten, det vill säga fram till och med den 12:e graviditetsveckan. Nära hälften av alla graviditeter slutar i missfall om graviditeter i mycket tidigt skede även inkluderas. De riktigt tidiga graviditeterna, biokemiska graviditeter, avslutas oftast innan kvinnan hunnit upptäcka sin graviditet och uppfattas som en riklig menstruationsblödning (Stjerndahl, 2015; Brännström et al., 2016).

Missfall delas in i olika kategorier beroende på tidpunkt när missfallet sker i graviditeten samt beroende på hur förloppet under själva missfallet ser ut. Tidigt missfall inträffar fram till och med den 12:e graviditetsveckan och sent missfall efter den 12:e graviditetsveckan. Missfall kan antingen vara komplett eller inkomplett. Komplet missfall innebär att hela graviditeten bestående av foster, moderkaka och hinner stöts ut från livmodern vid ett tillfälle. Inkomplett missfall innebär att graviditetsvävnad finns kvar i livmodern och kan stötas ut under flera dagar eller att det krävs behandlingsåtgärder för utstötning av graviditetsvävnaden. Uteblivet missfall är ett tillstånd av inkomplett missfall och innebär att embryot eller fostret inte längre lever men den normala avstötningsreaktionen saknas vilket förklarar varför inte

kroppen stöter ut graviditetsvävnaden (Stjern Dahl, 2015). Habitueellt missfall är ett tillstånd med återkommande missfall vid tre eller fler tillfällen efter varandra utan några födslar emellan (Brännström et al., 2016).

Orsaker och riskfaktorer

Det finns en rad olika orsaker och riskfaktorer som kan ligga till grund för missfall. Kromosomavvikelser hos fostret är den vanligaste orsaken till missfall, vilket ses i ungefär hälften av fallen. Andra orsaker kan vara missbildningar, myom och sammanväxningar i kvinnans livmoder som kan leda till att fostret inte kan bevaras utan stöts ut. Vid habitueellt missfall, det vill säga när kvinnan drabbas av återkommande missfall, kan koagulationsrubbningar, förekomst av antikroppar och hormonrubbningar vara orsaken till missfallen (Brännström et al., 2016).

En ökad risk för missfall kan uppstå vid infektioner av vissa bakterier och virus hos modern eftersom dessa kan infektera fostret och leda till missfall. Ålder över 30 har visat vara en riskfaktor för missfall och risken ökar med stigande ålder. Även BMI, body mass index, ett index som anger relationen mellan längd och kroppsvikt, kan ha betydelse som riskfaktor vid missfall. Störst risk för missfall är övervikt och fetma, det vill säga ett BMI över 30. Även ett BMI under 18,5 är en riskfaktor. Sjukdomar såsom diabetes mellitus och autoimmuna sjukdomar hos modern ger ökad risk för missfall genom att orsaka trombosor och infarkter i placenta. Tobak, kaffe, alkohol och arsenik är exempel på några toxiner som kan orsaka missfall genom en toxisk effekt samt genom en påverkan på blodförsörjningen till fostret (Brännström et al., 2016). Nikotinet vid rökning medför en ökad risk för missfall genom en toxisk effekt och kan framkalla inflammation samt kramper som ger en negativ inverkan på placentans funktion. Flera läkemedel kan påverka graviditeten och framkalla missfall och de preparat som främst bör undvikas är läkemedelsgrupper av prostaglandinpreparat, cytostatikum, retionider och NSAID-preparat (Non Steroidal Anti-inflammatory Drugs) (Stjern Dahl, 2015). NSAID är icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel som verkar inflammationsdämpande, febernedsättande och smärtlindrande (Slordal & Rygnestad, 2014). Om kvinnan tidigare drabbats av missfall ökar risken för att drabbas av ytterligare missfall vid framtida graviditeter (Stjern Dahl, 2015).

Symtom och tecken

Vaginal blödning, sammandragningar och smärta är de vanligaste symtomen vid missfall. Hinnsäck, foster och placenta kan i vissa fall identifieras av sjukvården beroende på graviditetslängd (Brännström et al., 2016). Smärtan är av samma karaktär som menstruationssmärter, kommer i intervaller och upplevs ofta som krampliknande (Stjern Dahl, 2015). Vaginalblödning vid graviditet behöver inte alltid innebära missfall men ungefär 50 procent av blödningar innan graviditetsvecka 20 visar sig vara missfall (Brännström et al., 2016). I en del fall märker kvinnan inte några symtom trots att fostret inte längre lever. Missfallet upptäcks oftast när det är uppenbart att livmodern inte växer i normal takt eller vid blödning när graviditetsvävnaden stöts ut (Borgfeldt et al., 2010).

Med hjälp av ultraljud kan idag hjärtaktivitet konstateras redan vid den femte graviditetsveckan. Om hjärtaktivitet saknas hos embryot vid ett misstänkt missfall kan missfallet bekräftas. Det är viktigt att med säkerhet veta vilken graviditetsvecka kvinnan är i och säkerställa att avsaknad av hjärtaktivitet inte beror på felräkning och för kort graviditetslängd. För att konstatera missfall kan även blodprover tas för att kontrollera värdet av hormonet hCG som har betydelse för att en graviditet ska fortlöpa. I första trimestern stiger

värdet kraftigt och vid påträffande av en för långsam stegring av värdet kan det vara ett tecken på pågående missfall. Ultraljud kan användas för att konstatera om missfallet är komplett eller om eventuellt kvarvarande graviditetsrester finns kvar. Komplet missfall är när all graviditetsvävnad stöts ut och kan vara svårt att skilja från ektopisk graviditet (Stjern Dahl, 2015). En ektopisk graviditet innebär att implantationen skett på fel ställe och oftast utanför livmodern (Brännström et al., 2016). Det är ett potentiellt livshotande tillstånd och behöver därför uteslutas innan det konstateras att det rör sig om ett komplett missfall (Stjern Dahl, 2015).

Behandling och omvårdnad

Det finns ingen behandling för att förhindra ett pågående missfall. Att förebygga missfall finns möjlighet till genom att undvika riskfaktorer. Många missfall sker på grund av naturens egen gallring av de foster som inte hade klarat sig utanför livmodern. Vid återkommande missfall kan utredning kring eventuell bakomliggande orsak till missfallen göras. Utredningen bör skötas av specialister inom området, till exempel barnmorskor och gynekologer (Borgfeldt et al., 2010). Ingen ytterligare behandling krävs vid konstaterande av komplett missfall, kroppen stöter naturligt ut all graviditetsvävnad. Vid inkomplett missfall finns tre olika behandlingsmetoder för hantering av de fysiska besvären. Exspektans, medicinsk behandling och kirurgisk behandling. Exspektans är en lämplig metod vid tidiga missfall och innebär att man avvaktar med någon åtgärd och väntar till en naturlig spontanutstötning av kvarvarande graviditetsrester. Medicinsk behandling är en effektiv behandling vid missfall i ett senare skede. Läkemedlet Misoprostol används vilket hjälper kroppen att stöta ut graviditetsrester. Kirurgisk behandling är ett alternativ som alltid prioriteras vid riklig blödning vid inkomplett missfall samt vid svårare komplikationer kring missfallet (Brännström et al., 2016).

Vid missfall sker förloppet ofta på mindre än ett dygn från det att kvinnan kommer till akutmottagningen för oro över symtomen och tills dess att hon är färdigbehandlad. Det är ytterst viktigt att som sjuksköterska på kort tid få dem drabbade att förstå vad som händer. Prognosen är ofta dålig och det är stor risk att blödningen är ett pågående missfall. Vårdpersonalen bör därför inte förminska missfallsrisken. Sjukvården ska underlätta för att den drabbade kvinnan och närstående ska få mycket tid tillsammans. Om möjlighet finns ska de få ta farväl av fostret samt vara delaktiga i beslut som rör fostret. Det har visat sig vara av betydelse och till stor hjälp i sorgearbetet. Kontakt nummer för ytterligare frågor eller konsultation kring samtalsstöd bör alltid erbjudas innan kvinnorna lämnar sjukvården (Borgfeldt et al., 2010). Att erbjuda kontakt nummer och ge information är en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2014; Winman & Rystedt, 2014). Uppföljning av kontroller sker vanligtvis 10–14 dagar efter medicinsk behandling av läkare eller barnmorska för försäkring om att missfallet är komplett (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2014). Endast de kvinnor som är registrerade hos mödravårdscentralen uppmannas i ett informationsblad om att ta kontakt med mödravårdscentralen efter missfallet (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2016). Ett sådant registreringssystem innebär att vissa kvinnor, som inte ingår i ett sådant system, inte heller erbjuds samma uppföljningsmöjligheter (Geller, Psaros & Kornfield, 2010).

Psykisk ohälsa relaterat till missfall

För de flesta kvinnor innebär en graviditet stora förändringar kroppsligt, socialt och själsligt. Lycka och förväntningar är ofta stora hos de med en planerad och önskad graviditet. När en kvinna drabbas av missfall försvinner dessa förhoppningar. Kvinnan lämnas i ett stort tomrum med känslor av skuld och otillräcklighet (Borgfeldt et al., 2010). Det framgår inte att det finns signifikanta känslomässiga skillnader mellan kvinnor som får tidigt missfall eller sent missfall. Däremot framgår det i samma forskning att missfall kan medföra känslomässig stress, ångest och nedstämdhet (Brier, 2004). Längre perioder med känslomässig stress, ångest och nedstämdhet kan ge ökad risk för depression (Sjöström & Skärsäter, 2014). Forskning visar att missfall ofta inträffar plötsligt och oväntat. Det kan därför vara ångestväckande, särskilt när svår smärta kombinerat med akut situation på sjukhus och kirurgi är inblandade. Ångesten varierar, och är oftast starkast det första halvåret efter missfallet, men avtar sedan med tiden. Ångest efter missfall är inte detsamma som ångestsyndrom, som är ett psykiskt tillstånd, men eftersom långvarig ångest kan leda till ökad risk för att drabbas av depression och andra psykiska sjukdomar är det ett observandum (Brier, 2004).

I litteraturen beskrivs ångest som ett symtom och en känsla av kontrollförlust samt hopplöshet. Ångest är ett symtom som ingår i många olika psykiska sjukdomstillstånd, det ingår i exempelvis depressioner. Ångestens uppkomst beror på upplevelse av hot eller fara, som kan vara svårt att identifiera, plötsliga obehagliga minnen är ett exempel på sådant hot. Ångestsyndrom är ett sjukdomstillstånd där bland annat paniksyndrom, olika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom ingår (Sjöström et al., 2014). För att kunna diagnostisera ångestsyndrom ska en del kriterier uppfyllas såsom uppenbarliga funktionsnedsättningar hos den drabbade, samt visa tydliga symtom och tecken som påverkar dagliga sysslor negativt under en längre tid (Brier, 2004).

Gemensamt och vanligt förekommande för många kvinnor som drabbats av missfall är efterföljande mardrömmar samt påträngande minnen. Påträngande minnen som påminde om missfall kunde väcka ångest och hopplöshet hos dessa kvinnor (Brier, 2004). Briers (2004) studie visade att kvinnor efter missfall hade en signifikant högre risk för att drabbas av en första eller återkommande episoder av tvångssyndrom. Risk för panikångestsyndrom och posttraumatiska stressyndrom var också ökad efter missfall. Det är viktigt att utesluta ångestsymtom och andra symtom som tyder på depression hos kvinnor som haft missfall med tanke på den ökade risken för psykisk hälsa (Brier, 2004). Sjuksköterskan har en viktig roll i uteslutandet av dessa symtom, i litteraturen rekommenderas ett personcentrerat förhållningssätt (Sjöström et al., 2014).

Kvinnors omvårdnadsbehov efter missfall

Tidigare forskning visar på att kvinnor som drabbats av missfall inte upplever att deras omvårdnadsbehov blir tillgodosedda och att omvårdnaden är bristfällig (Geller et al., 2010). Geller et al. (2010) beskriver att många kvinnor upplever att vårdpersonalen inte tagit deras förlust på allvar. För kvinnorna upplevs missfallet som något världsomvälvande och skrämmande medan sjuksköterskan bemöter missfallet som ett rutinärendet. Många kvinnor upplever att vårdpersonalen inte är tillräckligt närvarande vid omvårdnaden samt har en avsaknad av empati och emotionellt stöd. Radford och Hughes (2015) beskriver att många kvinnor önskar att sjuksköterskan bekräftade deras känslor i samma utsträckning som deras fysiska symtom vid omhändertagandet kring missfallet. Enligt Geller et al., (2010) är det ett

stort antal kvinnor som inte följs upp av sjukvården efter att ha drabbats av missfall vilket kvinnorna beskriver som ett övergivande från sjukvårdens sida.

I en studie av Evans (2012) beskrivs det att många sjuksköterskor hade en förståelse för kvinnors känslor samt en önskan om att kunna skapa ett gott bemötande och ett lugn i situationen. De ville kunna vara öppna för att prata om vad som hänt och kunna svara på alla frågor. I studien beskrivs det att sjuksköterskorna är medvetna om att kommunikation och ett empatiskt bemötande är avgörande för hur kvinnor upplever i situationen. Samtidigt beskrev några sjuksköterskor rädslan för att säga och göra något som kan uppfattas fel. Sjuksköterskorna beskrev att de hade ansvar för många patienter vilket ledde till att kvinnors emotionella och terapeutiska stöd bortprioriterades i det akuta skedet i mötet med kvinnor som drabbats av missfall. En frustration beskrevs över att inte ha tillräckligt med tid, resurser, kunskap och stöd från kollegor vid omhändertagandet av kvinnor och deras närstående vid missfall. För att sjuksköterskorna skulle känna sig bekväma i omhändertagandet av kvinnor som drabbats av missfall behövde de rätt stöd och kunskap, annars upplevde de omhändertagandet för emotionellt påfrestande för att kunna hantera.

Sjuksköterskans ansvar

Att arbeta hälsofrämjande och personcentrerat

Enligt hälso- och sjukvårdslagen finns det en del krav som ska uppfyllas när det gäller att bedriva vård. Det handlar främst om att god vård ska kunna erbjudas till alla medborgare runt om i landet. God vård definieras bland annat som lättillgänglig, av god kvalitet och en vård som ska kunna förebygga ohälsa. God vård ska även kunna tillgodose patientens behov av trygghet och främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen samt ska kunna tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det innebär att sjuksköterskan ska möta kvinnor på ett sätt som främjar god kontakt, och få kvinnor som drabbats av missfall att känna sig trygga i omhändertagandet, oavsett om mötet sker på en akutavdelning eller en vårdavdelning (SFS 1982:763).

Motpolerna salutogenes och patogenes diskuteras i litteraturen som två skilda synsätt inom vården, som styr sjuksköterskans sätt att ge vård. Det salutogena synsättet ser förutsättningar och fokuserar på det friska hos en individ medan patogenes utgår från det sjuka. Vård utifrån det sistnämnda synsättet består främst av kurativa behandlingar. Det salutogena synsättet som bör styra sjuksköterskans omvårdnad är främst salutogena synsättet och det handlar om att arbeta hälsofrämjande snarare än att enbart förebygga ohälsa (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Enligt ett dokument från Svensk sjuksköterskeförening (2008) är det sjuksköterskans uppgift att driva det hälsofrämjande arbetet, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Människan bör ses som en helhet och personcentrering är en väsentlig del ur ett helhetsperspektiv.

Genom att lyfta de styrkor som en individ innehar, kan omvårdnaden som ges, fungera som ett verktyg för att stödja patienter i deras välbefinnande. För att kunna kombinera salutogenes med omvårdnad krävs det också personcentrering, som motsvarar personcentrerad vård. Personcentrerad vård är både ett begrepp men också ett förhållningssätt i vårdssammanhang. Detta förhållningssätt används för att främja patientens delaktighet i sin vård och behandling. I stort handlar det om att tillgodose den enskilda personens behov (Eldh, 2014). Patientfokuserad vård är ett annat centralt begrepp som används på organisationsnivå, det är

ofta en beskrivning av det ideala omvårdnadsarbetet för sjuksköterskan. Personcentrerad vård är jämfört med patientfokuserad vård ett bredare begrepp som beskriver den enskilda individens behov och som inte platsar i de organisatoriska sammanhangen. Båda begreppen innebär vård som är anpassat efter patientens behov såväl fysiska som psykiska samt för att kunna uppfylla deras önskningar och förväntningar (Fransson Sellgren, 2014). När inte sjukvården har möjlighet att tillgodose individens fysiska eller psykiska behov försöker individen ofta på egna sätt att hantera situationen eller problemen för att bibehålla eller främja hälsa och välbefinnande (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012).

Hanteringsstrategier

Ordet *strategi* definieras som ett välplanerat tillvägagångssätt. Ordet *hantera* definieras som behandla (Svenska Akademien, 2006). Ordet hanteringsstrategier är ett valt sammansatt ord som genomgående beskriver kvinnornas strategier för att hantera situationen vid missfall. Varje enskild kvinna har sina egna förutsättningar för att hantera stressen som uppstår vid missfallet. Det är individuellt på vilket sätt olika personer hanterar krissituationer. Hanteringsstrategier kan delas in i antingen probleminriktad strategi och känslolinriktad strategi. Probleminriktad strategi kan innebära att kvinnor vid missfall försöker hantera det grundläggande problemet, det vill säga försöka hantera orsaken till missfallet. Däremot om kvinnor använder känslolinriktad strategi innebär det att kvinnorna ägnar sig åt att hantera känslor som uppkommit kring det aktuella problemet, det vill säga förlusten av graviditeten och missfallet (Pellmer et al., 2012). Dessa hanteringsstrategier är kvinnans förmåga till att utföra egenvård. När personer själva tillgodoser sina behov som upprätthåller hälsa och välbefinnande beskrivs det som egenvård (Selanders, Schmidting & Hartweg, 1995).

Dorothea Orems teori om egenvård

Dorothea Orem utvecklade under åren 1949 och 1957 en omvårdnadsmodell bestående av tre omvårdnadsteorier, om egenvårdsbalans. De tre delteorier består av egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem (Selanders et al., 1995). Orem definierar ordet egenvård som initiativ från individen att utföra aktiviteter i syfte att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Egenvårdsåtgärder är de aktiviteter som upprätthåller hälsa. Orem menar att för att kunna utföra egenvårdsåtgärder krävs det kunskap för hur hälsa, liv och välbefinnande kan bevaras. Egenvård kan beskrivas som en medveten handling eller som ett inlärt beteende. Genom interaktion och kommunikation med andra människor i sociala sammanhang kan dessa beteenden bli inlärd. De egenvårdsåtgärder som personer använder beror mycket på individens kulturella och sociala erfarenheter. När en vuxen person är oförmögen att själv utföra egenvård och är beroende av omsorg av en annan person, kan det innebära att personen på grund av sitt hälsotillstånd inte kan utföra egenvård (Selanders et al., 1995).

Orem menar att kärnpunkten av egenvårdsbrist är när personer drabbas av begränsningar som hindrar dem från att tillgodose sina egna behov. Dessa begränsningar menar hon kan uppstå vid händelse i personens liv som beskrivs som antingen yttre eller inre faktorer som påverkar varje enskild person, exempelvis vid missfall och då kvinnan kan vara i behov av professionell omvårdnad. Orems teori om omvårdnadssystem beskrivs som den förenande teorin eftersom både teorin om egenvård och teorin om egenvårdsbrist ingår i delen om omvårdnadssystem. Orem beskriver att sjuksköterskan besitter kunskap att ta ställning om omvårdnad är nödvändig när det finns en obalans hos patienten. En obalans innebär avsaknad av kapacitet att utföra egenvård och ett ökat behov av vård (Selanders et al., 1995).

Problemformulering

Missfall är ett vanligt problem som kan vara svårt att förhindra vilket gör att kvinnor som fått missfall kan försättas i en situation som påverkar dem både fysiskt, emotionellt och psykiskt. Kvinnor förväntas leva vidare som vanligt när de fysiska symtomen är lindrade och många saknar hjälp och stöd i de omvårdnadsbehov som ett missfall kan ge upphov till. Det går att påverka och förebygga psykisk ohälsa som kan uppstå efter missfall och det kan sjuksköterskan påverka genom att identifiera behov och anpassa vård som krävs redan vid första vårdkontakten efter missfallet. Sjuksköterskan har ett stort ansvar för den omvårdnad som erbjuds och ska täcka de omvårdnadsbehov som kan uppstå hos kvinnor vid missfall.

Det finns många studier som fokuserar på kvinnors upplevelser av omvårdnaden vid missfall. Kännedomen om vad kvinnor har för omvårdnadsbehov tiden efter missfallet när kvinnorna återvänder hem är fortsatt relativt låg. Vissa kvinnor erbjuds återbesök men långt ifrån alla. Vår litteraturstudie vill ge en ökad förståelse och kunskap om hur kvinnor upplever tiden efter missfallet samt de strategier kvinnor använder för att hantera situationen. Sjukvården kan ta del av kvinnors upplevelser och strategier för att kunna förbättra vården, det ökar förståelsen för kvinnors behov. Ökad förståelse kan bidra till bättre omvårdnad och vårdkvalité.

Syfte

Syftet är att beskriva upplevelser hos kvinnor efter missfall samt kvinnornas strategier för att hantera situationen.

Metod

Allmän litteraturöversikt

Den valda metoden för att svara på syftet är allmän litteraturöversikt med kvalitativa originalartiklar. Allmän litteraturöversikt är en lämplig metod vid kartläggning av kunskapsläget samt för att identifiera praktiska kunskaper som kan vara användbara i omvårdnadsarbetet (Segesten, 2012). Vid en allmän litteraturöversikt söks systematiskt vetenskapliga artiklar fram inom det valda problemområdet samt att de artiklar som svarar till det valda syftet sammanställs och presenteras på ett beskrivande sätt (Friberg, 2012). Kvalitativa artiklar är lämpligt att analysera när syftet är att få fördjupad förståelse för patienternas upplevelser, erfarenheter, behov eller förväntningar (Segesten, 2012).

Förförståelse

Det är alltid viktigt att vara medveten om sin egen förförståelse under forskningsprocessens gång. Att vara medveten kan skapa bättre förutsättningar för ett kritiskt förhållningssätt (Priebe & Landström, 2012). Förförståelsen innan litteraturstudien påbörjades var att kvinnor upplever missfall som en negativ upplevelse samt att kvinnor inte alltid har strategier för att ensamma hantera situationen. Med ett kritiskt förhållningssätt kan snedvridning förhindras.

Datainsamling

Urvalsförfarandet

För att systematiskt välja ut relevanta artiklar av alla sökträffar bestämdes inklusions- och exklusionskriterier före den egentliga sökningen gjordes. Vid den inledande sökningen

utvecklades kriterier för litteraturöversikten. Inklusionskriterier är kriterier som bestäms och som ska uppfyllas för att kunna inkluderas i en studie (Billhult & Gunnarsson, 2012). I denna litteraturöversikt var ett av inklusionskriterierna att ha med vetenskapliga originalartiklar av kvalitativ design som var expertgranskade, peer-reviewed. Artiklar skulle ha ett godkännande från en etisk kommitté och/eller beskrivit ett etiskt övervägande. Ett etiskt godkännande är viktigt ur kvalitetsäkringsperspektiv för en litteraturöversikt (Wallengren & Henricson, 2012). Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska, andra språk exkluderades på grund av otillräckliga resurser för att översättas. Artiklar inkluderas oavsett publiceringsår eftersom upplevelser och strategier inte ansågs påverkas av forskningens tidpunkt. Andra inklusionskriterier var kvinnor i alla åldrar som ofrivilligt drabbas av missfall fram till och med den 22:e graviditetsveckan, oavsett om det är förstagångs missfall eller återkommande missfall. Dessa inklusionskriterier valdes eftersom definitionen för missfall sträcker sig fram till den 22:e graviditetsveckan i Sverige. Både förstagångsmissfall och återkommande missfall var en del av inklusionskriterierna eftersom syftet inte är begränsat till varken eller. Exklusionskriterier är det som inte tas med, exkluderas, från litteraturöversikten (Billhult & Gunnarsson, 2012). Exklusionskriterier är bestämda utifrån syftet. Vi exkluderade därför partnern eller familjens upplevelser, sjuksköterskans perspektiv på missfall, ofrivillig förlust av graviditet som inkluderar dödfött barn, neonatal död, ektopisk graviditet och hotande missfall.

Artikelsökning

Databaserna Pubmed, PsycInfo och Cinahl användes för sökning av kvalitativa vetenskapliga artiklar. Pubmed är lämplig eftersom att databasen innehåller material inom området medicin och omvårdnad. Cinahl är en annan lämplig databas med material inriktad på omvårdnad. PsycInfo är en lämplig databas med inriktning psykologi och beteendevetenskap (Karlsson, 2012). De valda databaserna har störst urval av artiklar som skapar förutsättningar för att svara på syftet.

En inledande sökning gjordes för att ta reda på vad som finns publicerat inom området för att kunna avgränsa forskningsproblemet (Friberg, 2012). Det gav oss en inblick i hur stort utbud av studier som publicerats samt i vilka olika sammanhang problemet undersökts. Det gav kunskap om hur vi skulle gå tillväga med den egentliga litteratursökningen och hur vi skulle ringa in ett lagom avgränsat ämnesområde. Lämpliga sökord valdes ut som representerade syftet. Under den inledande sökningen framkom det att många olika begrepp används för missfall samt för hanteringsstrategier. Vi valde att formulera så många synonymer som möjligt till orden missfall, upplevelse och hanteringsstrategier. Fler sökningar gjordes efter den inledande sökningen men resulterade i få träffar och dessa redovisas inte i söktabellen därför att det ansågs vara irrelevant i förhållande till resultatet. För att få ut bärande begrepp som täckte alla de olika vardagliga termer som kan användas tog vi hjälp av olika verktyg. De verktyg som användes var Svensk-mesh, Cinahl headings samt KIB's upplevelsetermer. Dessa verktyg underlättade för att vedertagna och bärande sökord kunde tillämpas i litteratursökningen. Det gjorde att relevanta artiklar inte missades under den egentliga sökningen. De sökorden som var användbara under den egentliga sökningen var "Abortion, Spontaneous", "Spontaneous, Abortion", Strategies, Experience, Coping och "Adaptation, Psychological". Under den egentliga sökningen användes också orden "Miscarriage" och "Self-efficacy" i kombination med ovanstående sökord, vilket inte resulterade i några relevanta sökträffar. Söktekniken boolesk sökteknik användes med ordet AND mellan två sökord för att avgränsa sökträffar till endast de dokument som innehåller och handlar om de

två valda och sammankopplade sökorden (Östlundh, 2012). Denna teknik användes i litteraturöversikten för få fram relevanta artiklar i litteratursökningen.

Vid ett hanterbart antal sökträffar lästes alla titlar varav de titlar som eventuellt kunde svara till syftet sparades. Vid otydlighet kring artiklarnas titlar lästes artiklarnas abstract för få en tydligare bild om vad artikeln handlade om. Många av de relevanta titlarna var inte tillgängliga i fulltext eller som abstract och ledde till ett stort bortfall. De abstracten som var relevanta och tillgängliga lästes igenom och de abstract som matchade våra inklusionskriterier och exklusionskriterier valdes ut för granskning. Granskning och bedömning av artiklarnas kvalitet gjordes med hjälp av Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) granskningsmall för kvalitativ forskningsmetod. SBU:s granskningsmall valdes då den är en känd mall som använts tidigare, vilket underlättade bedömningen av artiklarnas kvalitet. De artiklar som bedömdes vara av hög eller medelhög kvalitet inkluderades i litteraturöversikten. Sammanlagt granskades 52 artiklar varav elva svarade till vårt syfte, uppfyllde kvalitetskraven, matchade våra inklusions- och exklusionskriterier och valdes då ut till att ingå i litteraturöversikten. Se bilaga 1.

Sökning med sökorden "Abortion, Spontaneous" AND "Strategies" gjordes i Cinahl men gav endast dubletter från tidigare sökresultat som redovisas i söktabellen. Sökningar gjordes också i databasen PsycInfo. Vid första sökningen användes sökorden "Spontaneous Abortion" AND "Strategies" och vid andra sökningen användes orden "Spontaneous Abortion" AND "Coping", båda sökningarna gav endast dubletter från tidigare sökningar. Se bilaga 1.

Analys av artiklar

Vid analysering av de valda artiklarna lästes artiklarna igenom flera gånger för att tydligt förstå sammanhanget och innehållet i texterna. Vid metoden litteraturöversikt är upprepade läsningar avgörande för att förstå helheten i artiklarna (Friberg, 2012). Artiklarna sammanfattades var för sig i enskilda dokument och på så sätt skapades en tydlig struktur kring artiklarnas olika delar och resultat. Därefter analyserades artiklarnas olika delar genom jämförelse mellan skillnad respektive likheter. För att få en tydlig bild av de olika artiklar dokumenterades analysen i en artikel bilaga som skapar en översikt över alla inkluderade artiklar. Se bilaga 2. Resultatet sammanställdes sedan under olika teman där innehållet från de olika artiklarna strukturerades under en lämplig rubrik vilket är en lämplig sammanställning av kvalitativa studier (Friberg, 2012).

Studiedeltagare och kontext

Deltagarna och urvalet i de elva valda artiklarna skiljde sig åt när det gällde graviditetstid vid missfallet, hur länge sedan missfallet inträffade, om det var förstagångs missfall, återkommande missfall, åldern på kvinnorna, om kvinnorna hade barn sedan tidigare, socioekonomiska förhållande, religiösa trosuppfattningar samt i vilka länder studierna utfördes. Två artiklar hade både kvinnor och kvinnans partner som deltagare. Endast de delar av resultatet som beskrev kvinnors upplevelse och strategier inkluderas i vårt resultat. En artikel hade med, bland andra deltagare, två deltagare som på grund av fostermissbildning fick genomgå abort. De delar i artikelns resultat som beskrev dessa två kvinnors upplevelser inkluderas inte i vårt resultat. Dessa tre artiklar inkluderades trots att några deltagare inte matchade våra inklusionskriterier. Det fanns trots bortfallet av deltagare i de studierna viktiga delar som var relevanta för syftet. Artiklarna skilde sig också åt när det kom till vilket år

forskningen publicerades. Majoriteten, sju av de elva inkluderade artiklarna är publicerade mellan 2007–2017. Resterande är publicerade mellan 2001–2007.

I studier är det alltid viktigt att etiskt överväga om forskningsprocesser och urvalsförfaranden av metoder inte kommer att orsaka negativa konsekvenser för deltagarna. För kvinnor som drabbats av missfall kan ett deltagande i en intervjustudie riva upp sår och i värsta fall öka deltagarnas psykiska lidande. I samtliga av våra utvalda artiklar fanns ett etisk godkännande från etiska kommittéer eller/och etiska resonemang samt att alla deltagare frivilligt deltog i studierna.

Resultat

Resultatet är en sammanställning av elva kvalitativa vetenskapliga originalartiklar med totalt 103 deltagande kvinnor. I resultatet presenteras två huvudteman och nio underteman. Se Figur 1 nedan. Resultatet visar att kvinnor som drabbats av missfall upplevde situationen som emotionellt, psykisk och fysiskt påfrestande. Flera kvinnor beskrev även upplevelser av vården. Hur kvinnorna hanterade situationen och förlusten av fostret var mycket individuellt. Hanteringsstrategierna som kvinnorna beskrev var att sörja förlusten, söka svar och mening, skifta fokus, söka emotionellt och socialt stöd samt att isolera sig från omvärlden.

Huvudteman	Underteman
Upplevelser	Emotionella upplevelser
	Psykiskt lidande
	Kroppsliga upplevelser
	Upplevelser av vården
Hanteringsstrategier	Sörja förlusten
	Söka svar och finna mening
	Skifta fokus
	Söka emotionellt och socialt stöd
	Isolera sig från omvärlden

Figur 1. Huvudteman och underteman som förtydligar hur resultatet presenteras.

Upplevelser

Emotionella upplevelser

Många kvinnor hade en önskan om att kunna ge sin make ett barn och bilda en familj. Missfallet medförde att kvinnorna upplevde en känsla av att livet inte skulle bli fullbordat (Adolfsson, Larsson, Wiljma & Berterö, 2004). Missfallet kunde ge upphov till att en del av kvinnorna ifrågasatte sin roll i familjebildningen. De kvinnor som tvivlade på sig själva ville ofta isolera sig från andra människor (Hamama-Raz, Hemmendinger & Buchbinder, 2010). För de kvinnor som hade planerade och önskade graviditeter betydde förlusten mer än bara ett dött foster. Det handlade både om förlust av moderskap och ett framtida barn (Adolfsson, et al., 2004; Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012; Harvey, Moylee & Creedy, 2001). Hos några kvinnor fanns det även om en rädsla för att ha förlorat förmågan att skaffa barn i framtiden (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009).

Missfall inträffade ofta med plötsliga symtom som blödningar och smärta, vilket gav kvinnor en känsla av att de förlorat kontrollen över sin kropp (Adolfsson et al., 2004; Harvey et al.,

2001; Maker & Ogden, 2003; Mulvihill & Walsh, 2014; Sefton, 2007). Denna känsla var särskilt framträdande för de som upplevde missfall för första gången (Maker et al., 2003). I en studie sågs att, de kvinnor som hade symtom på missfall, men inte erhöll en medicinsk förklaring, fick en förstärkt känsla av förlorad kontroll (Mulvihill et al., 2014). För en del kvinnor var missfall en traumatisk händelse, en känsla av vilsenhet och att världen kollapsade. Känslan av att ha förlorat kontroll och att livet förändrats var förödande (Gerber-Epstein et al., 2009; Sefton, 2007). Kvinnor med planerade och önskade graviditeter upplevde känslor av förnekelse och ilska (Maker et al., 2003). Några hade en tendens att skuldbelägga sig själva. De var ofta besvikna på sig själva samt kände sig misslyckade (Adolfsson et al., 2004). I en studie sågs att yngre kvinnor hade en större benägenhet att skuldbelägga sig själva, än äldre kvinnor (Sefton, 2007). Många kvinnor blev överrumplade av rädsla, ledsamhet, ilska, vilsenhet och känsla av hopplöshet (Sefton, 2007). Andra känslor som upplevdes efter ett missfall var besvikelse, förlust och känsla av svaghet (Adolfsson et al., 2004). Ibland kunde kvinnor bli påmind om missfallet när de mötte gravida och barn och upplevde en känsla av orättvisa och avundsjuka (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012). Många kvinnor kände sig ensamma i sin sorg och ensamma inför den verklighet som väntade dem efter missfallet (Hamama-Raz et al., 2010).

Några kvinnor medgav att de varit ledsna och att de hade lätt för att gråta de första veckorna och upp till månader efter missfallet (Sefton, 2007). Kvinnornas ledsamhet varierade och pågick under olika lång tid (Harvey et al., 2001; Maker et al., 2003; Sefton, 2007). Känslor som ilska och ledsamhet avtog så småningom för vissa kvinnor (Maker et al., 2003), men för andra var sorgen bestående och ofta långvarig efter missfallet (Harvey et al., 2001).

Många kvinnor upplevde brist på förståelse och bekräftande från närstående, samhället och vårdpersonalen. En del kvinnor upplevde att inte ens deras make förstod vilken känslomässig påverkan missfallet kunde ge upphov till (Rowlands & Lee, 2010). Brist på uppmuntran gjorde att de kände sig frustrerade och besvikna (Harvey et al., 2001). Många kvinnor upplevde att omgivningen inte var tillräckligt uppmärksam och kunde stundtals ha okänsligt bemötande (Abboud & Liamputtong, 2005; Rowlands et al., 2010).

Kvinnorna kände sig isolerade, de hade svårt att prata om missfallet med någon som inte kunde förstå deras situation (Harvey et al., 2001). Kvinnorna upplevde sig själva annorlunda, allting kändes tungt och likgiltigt (Adolfsson et al., 2004), medan för vissa kvinnor hade missfallet ingen påverkan på livet (Sefton, 2007). En del kvinnor upplevde en längtan efter ny graviditet men upplevde samtidigt både oro och ångest inför en ny graviditet (Harvey et al., 2001; Maker et al., 2003). De kvinnor som blev gravida efter ett missfall hade svårt att glädjas av den påföljande graviditeten eftersom kvinnor upplevde både oro och ångest under hela graviditeten. Känslorna var kluvna, dels glädje dels oro men även rädsla för att missfall skulle inträffa igen (Adolfsson, 2004; Ancker et al., 2012).

Psykiskt lidande

Kvinnorna upplevde ångest i hög utsträckning. Upplevelsen av missfallet skapade inre konflikter och känsla av kaos hos kvinnorna, vilket var en del av ångesten (Harvey et al., 2001). Att inte veta vad som pågick när missfallet pågick kunde också upplevas som psykiskt påfrestande (Ancker et al., 2012). För många kvinnor var tiden efter missfallet en svår period. Kvinnornas upplevelser av missfallet kunde triggas igång av reklamer på tv innehållande spädbarn och gravida kvinnor. Det resulterade i känslomässig instabilitet hos kvinnor (Fernandez, Harris & Leschied, 2011). Förlusten av foster medförde ångest och svåra

smärtsamma minnen och dessa kunde återuppväckas samt förstärkas när kvinnan kunde associera vardagen med missfallet (Gerber-Epstein et al., 2009).

För de flesta kvinnor var beskedet om att fostret inte var vid liv mycket överväldigande (Fernandez et al., 2011). Många kvinnor hamnade i chocktillstånd till en början och i en del fall kunde det leda till att kvinnorna isolerade sig från omgivningen (Adolfsson et al., 2004; Hamama-Raz et al., 2010). De flesta kvinnor var medvetna om riskerna och missfallets påverkan på deras chans att kunna skaffa barn i framtiden. Det medförde prestationsångest under en lång tid efter missfallet (Maker et al., 2003). Psykisk ohälsa kunde ses hos några av kvinnorna som drabbades missfall, några hade dålig aptit under en längre period medan andra hade svårt med koncentrationen (Sefton, 2007). Även en utpräglad nedstämdhet och hopplöshet kunde identifieras hos några kvinnor som haft missfall. Många kvinnor upplevde missfallet som en livskris, att inte kunna få ett efterlängt barn skapade ångest hos kvinnan (Ancker et al., 2012).

Kroppsliga upplevelser

Flera kvinnor beskrev att de kände sig oförberedda på missfallet, den plötsliga blödningen och de symtom som uppkommer vid missfall. Det kändes annorlunda från vad de hade förväntat sig (Maker et al., 2003). Kvinnorna kunde känna att något var fel men hade ingen aning om vad som pågick. Vissa kvinnor kunde identifiera att de symtom som uppstod vid graviditeten försvann och övergick till plötsliga blödningar och smärta (Adolfsson et al., 2004). En del kvinnor menade att smärtupplevelsen var så oerhört svår att den inte kunde beskrivas med ord (Ancker et al., 2012). Kvinnorna beskrev att de fysiska besvären bestod främst av smärta i nedre buken eller ryggen och yrsel (Adolfsson et al., 2004). De fysiska besvären gav upphov till misstanke om missfall vilket medförde rädsla och ångest hos kvinnor som inte visste vad som pågick. För de kvinnorna som haft oönskade graviditeter upplevdes missfallet annorlunda. För de kvinnorna var de fysiska symtomen besvärliga och svåra, men känslomässigt var kvinnorna mindre påverkade av missfallet jämfört med kvinnor som haft önskade och planerade graviditeter (Maker et al., 2003).

Upplevelser av vården

Flera kvinnor upplevde bristande vård på sjukhusen vid missfallet, till exempel placerades några kvinnor som precis haft missfall på en förlossningsavdelning vilket upplevdes som opassande (Rowlands et al., 2010). Olämplig omvårdnad kunde få kvinnorna som haft missfall att känna sig ifrågasatta (Ancker et al., 2012). Några kvinnor beskrev hur de kände sig oprioriterade och vågade inte ta plats på sjukhusen (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012). Kvinnor kunde i vissa fall känna sig utelämnade och dåligt informerade av sjukvårdspersonalen (Ancker et al., 2012). En stor del av kvinnorna upplevde brist på stöd och information från vårdpersonalen. Kvinnorna hade många obesvarade frågor samt var ofta oroliga för framtida möjligheter att bli gravid (Abboud et al., 2005; Rowlands et al., 2010). Kommunikation, journalsystemet och den fysiska miljön påverkade hur kvinnorna upplevde vården i den irländska studien (Mulvihill et al., 2014). Det fanns olika upplevda erfarenheter bland kvinnor som fått vård på sjukhus i Australien, generellt sett var dem som fick privat sjukvård mer nöjda än dem som fick offentlig vård. Skillnaden var just att kvinnorna kände sig mer bemötta och fick sina behov tillfredsställda privat (Abboud et al., 2005).

Kvinnor kunde uppleva att sjukvårdspersonalens undvikande attityd, det medförde mer ångest och missnöjdhet, detta främst för de kvinnor som haft missfall vid fler än ett tillfälle, de fick uppleva lika dåligt bemötande de gånger de drabbats av missfall. De misstag och fel som

kvinnor fick uppleva på sjukhus upprepades vid det andra missfallet. Kvinnor fick tvetydig information av olika vårdpersonal (Abboud et al., 2005). Missnöjet kring vården gäller inte enbart under missfallet utan även kring uppföljningen som många kvinnor tycker ska erbjudas till alla som haft missfall vilket dessvärre inte verkade erbjudas (Ancker et al., 2012). Kvinnorna beskrev att det var viktigt att bli bekräftade i den sorgen som de genomgick, alla människor är olika och sörjer på olika sätt. Vissa kvinnor tyckte inte att vårdpersonal kunde anpassa sig efter deras nivå och upplevde att vårdpersonalen nonchalerade deras känslomässiga behov (Ancker et al., 2012).

Hanteringsstrategier

Sörja förlusten

För de flesta kvinnorna upplevdes missfallet som en stor förlust (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012; Fernandez et al., 2011; Gerber-Epstein et al., 2009; Sefton, 2007). En strategi många kvinnor hade för att hantera situationen var att sörja förlusten och få utlopp för sina känslor. Kvinnorna beskrev hur den närmsta tiden efter missfallet innebar stor ledsamhet (Gerber-Epstein et al., 2009; Harvey et al., 2001; Sefton, 2007). Samtidigt beskrev andra kvinnor hur de under sorgeperioden pendlade mycket i olika känslor (Adolfsson et al., 2004). Några kvinnors sorg gav uttryck i utåtagerande ilska mot personer i sin omgivning, vilket ledde till relationskonflikter (Sefton, 2007). Kvinnorna beskrev att det var viktigt att ge sig själv utrymme att vara ledsen och få sörja (Ancker et al., 2012). Några kvinnor upplevde att omgivningen hade svårt att erkänna, acceptera, och möta deras sorg (Ancker et al., 2012; Mulvihill et al., 2014; Rowlands et al., 2010). De flesta kvinnorna kände att de sörjde mer än förlusten av barnet, de sörjde även hela symboliken kring moderskap och graviditet (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012; Fernandez et al., 2011; Gerber-Epstein et al., 2009; Hamama-Raz et al., 2010; Harvey et al., 2001; Sefton, 2007). Några kvinnor beskrev att den relation som redan var etablerad med barnet gick förlorad vid missfallet (Fernandez et al., 2011; Hamama-Raz et al., 2010). Kvinnorna uppskattade när de fick uppriktig förståelse för sin sorg från personer i omgivningen (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012; Rowlands et al., 2010).

Några kvinnor menade att bristen på förståelse från omgivningen hade ett samband med att det saknas självklara sorgeritualer i samhället för missfall (Rowlands et al., 2010). För en del kvinnor innebar sorgearbetet att symbolisera eller skapa en ritual kring den förlust som de upplevde vid missfallet. Kvinnorna beskrev hur de själva på olika sätt tog initiativ till att få ett fint avslut med fostret (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012; Fernandez et al., 2011). Några kvinnor beskrev hur de begravde sitt foster i en vacker box på ett hemligt ställe som de kunde besöka och sätta blommor (Adolfsson et al., 2004). En kvinna placerade en ängel, som representerade de tre barn som aldrig föddes, i sitt fönster (Ancker et al., 2012). En kvinna återvände till sina morföräldrars stuga, där hade hon spridit askan i sjön precis som när morföräldrarna gick bort. Flera kvinnor gav sina foster namn och kunde på det sättet lättare sörja de barnen som aldrig föddes (Fernandez et al., 2011).

Söka svar och finna mening

De flesta kvinnorna sökte svar på varför missfallet drabbade just dem. Kvinnorna försökte hitta olika orsakssamband och förklaringar till varför missfallet inträffade. Många kvinnor tog på sig skulden och ansvaret för att dem själva hade orsakat missfallet, främst då inte

sjukvården kunde ge svar (Adolfsson et al., 2004; Ancker et al., 2012; Maker et al., 2003; Mulvihill et al., 2014; Sefton, 2007). Medan andra kvinnor beskrev att ansvaret inte låg i deras händer och försökte hitta en medicinsk förklaring till den bakomliggande orsaken till missfallet (Abboud et al., 2005; Maker et al., 2003). Några kvinnor trodde att missfallet berodde på att de jobbade för hårt samt stressade för mycket (Adolfsson et al., 2004; Maker et al., 2003; Sefton, 2007) medan andra kvinnor trodde att missfallet kunde bero på att de till exempel hade rökt, druckit alkohol, ätit något eller utfört för mycket eller för lite fysisk aktivitet. (Adolfsson et al., 2004; Maker et al., 2003). Några kvinnor försökte hitta svar genom att söka information om missfall. Det gav kvinnorna mer kontroll över situationen genom kunskap om vad som kan förväntas vid missfall och vilka riskfaktorer som kunde vara av betydelse för att missfallet inträffade (Abboud et al., 2005).

Alla försökte inte hitta en orsak utan flera kvinnor sökte snarare efter en mening i det som drabbat dem. För att hantera den svåra situationen kunde kvinnorna finna mening i olika tankesätt och trosuppfattningar (Abboud et al., 2005; Fernandez et al., 2011; Hamama-Raz et al., 2010; Maker et al., 2003; Sefton, 2007). Några kvinnor beskrev ett optimistiskt tankesätt och menade att missfallet gav dem en andra chans i livet att göra det som en graviditet och ett barn hade förhindrat. En del kvinnor beskrev missfallet som en liten del av allt annat som upplevs under livstiden och försökte att acceptera missfallet (Sefton, 2007). Några kvinnor beskrev att de försökte övertala sig själva om att det kommer fler chanser i livet att skaffa barn (Abboud et al., 2005). Andra kvinnor försökte tänka positivt genom att jämföra sig med andra som drabbas av svåra sjukdomstillstånd eller kvinnor som förlorat sitt barn i mycket senare skede i graviditeten. Tankesättet gav dem en självinsikt och gjorde att de upplevde sin situation lättare att hantera (Maker et al., 2003). Flera kvinnor var övertygade om att det var ödet och kom till en acceptans i att det som hände dem var bortom deras egen kontroll (Maker et al., 2003). Andra försökte finna svar och mening hos gud. Några kvinnor kände tröst och hopp med att deras foster kunde få vara med gud (Sefton, 2007) och kände ett förtroende för att gud hade en god anledning till missfallet (Hamama-Raz et al., 2010). Andra kvinnor kände en religiös frustration och grubblade över varför gud valde dem (Hamama-Raz et al., 2010; Sefton, 2007). Några kvinnor trodde till och med att det var ett sätt för gud att straffa dem (Adolfsson et al., 2004).

Skifta fokus

En strategi många kvinnor använde sig av för att hantera känslorna var att fokusera på och ägna tid åt annat i deras liv. Deras fokus skiftade från deras egna problem till att istället lägga energi på annat, vilket hindrade dem från att sjunka ner i sin egen sorg. (Abboud et al., 2005; Adolfsson et al., 2004; Gerber- Epstein et al., 2009; Sefton, 2007) Några kvinnor använde strategier för att hålla sig praktiskt upptagna genom att till exempel ägna mer tid åt skolan (Sefton, 2007), familjen (Adolfsson et al., 2004; Maker et al., 2003), jobbet (Gerber- Epstein et al., 2009) eller sina barn (Abboud et al., 2005; Adolfsson et al., 2004). Några kvinnor beskrev att de ville hjälpa andra kvinnor genom att berätta om upplevelsen och att det var ett sätt för kvinnorna att vända erfarenheten till något positivt (Fernandez et al., 2011; Sefton, 2007).

Söka emotionellt och socialt stöd

För de flesta kvinnorna var socialt stöd från omgivningen en viktig strategi för att kunna hantera och bearbeta det tragiska som hände dem (Abboud et al., 2005; Adolfsson et al.,

2004; Ancker et al., 2012; Fernandez et al., 2011; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker et al., 2003; Rowlands et al., 2010). De flesta kvinnorna kände ett stort behov av få berätta och prata om missfallet med familj och vänner (Abboud et al., 2005; Ancker et al., 2012; Fernandez et al., 2011; Maker et al., 2003; Rowlands et al., 2010), men även med personer som kvinnorna inte kände eller stod nära (Ancker et al., 2012; Gerber-Epstein et al., 2009). Några kvinnor beskrev att det var mycket betydelsefullt att få prata och få emotionellt stöd från någon professionell (Ancker et al., 2012; Rowlands et al., 2010). Andra kvinnor beskriver att stödet från personer som också upplevt missfall var det som upplevdes mest värdefullt. De kunde förstå varandra på ett annat sätt när de delade samma erfarenhet (Adolfsson et al., 2004; Maker et al., 2003; Rowlands et al., 2010). En kvinna beskrev att när hon pratade med en annan kvinna som också upplevt missfall hjälpte de varandra att hantera den svåra situationen (Maker et al., 2003). Alla kvinnor upplevde inte att de fick det stödet som de behövde och beskrev tiden efter missfallet som en isolerande och ensam upplevelse (Harvey et al., 2001; Maker et al., 2003; Mulvihill et al., 2014). Några kvinnor beskrev att deras partner försökte ge stöd men det räckte inte för att täcka kvinnornas behov av stöd. (Harvey et al., 2001; Mulvihill et al., 2014).

Isolera sig från omvärlden

Vissa kvinnor hanterade situationen genom att isolera sig och dra sig undan från omgivningen. Kvinnorna distanserade sig från vänner, närstående och det vardagliga livet (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Sefton, 2007). Kvinnorna isolerade sig genom att inte prata med någon om missfallet (Sefton, 2007) och kunde i sin ensamhet få utlopp för sina känslor och tankar (Adolfsson et al., 2004). Några stängde in sig i hemmet och saknade ork till vardagliga ting (Adolfsson et al., 2004; Sefton, 2007). För en kvinna gick det så långt att hon valde att avsluta sina studier (Sefton, 2007). Flera kvinnor beskrev att de kände en påtryckning från omgivningen att hålla tillbaka på känslorna och att livets alla måsten krävde att de visade sig starka utåt vilket resulterade i att de valde att isolera sig istället (Ancker et al., 2012). En del kvinnor försökte prata men bemöttes med tystnad (Harvey et al., 2001; Rowlands et al., 2010) och upplevde att personer i omgivningen inte var öppna för att prata om missfallet (Harvey et al., 2001; Maker et al., 2003; Mulvihill et al., 2014; Rowlands et al., 2010). Några kvinnor menade att orsaken till att de isolerade sig var dels omgivningens bristande stöd och dels för att dem bemöttes med tystnad när de var redo för att prata (Harvey et al., 2001; Maker et al., 2003). I några fall blev inte kvinnorna bemötta med förståelse och empati från sin partner (Gerber-Epstein et al., 2009; Hamama-Raz et al., 2010) och då kunde kvinnan även distansera sig i relationen till sin partner (Hamama-Raz et al., 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som valdes var allmän litteraturöversikt med artiklar av kvalitativ design. Allmän litteraturöversikt är en lämplig metod vid ett examensarbete på kandidatnivå samt för att göra en beskrivande översikt inom den grundutbildade sjuksköterskans kompetensområde (Friberg, 2012). Det är en styrka att denna metod valdes eftersom vårt syfte är att beskriva kvinnors upplevelser och hanteringsstrategier. En empirisk studie med intervjuteknik hade också varit en lämplig metod för att svara på syftet. Dock hade inte denna metod varit genomförbar på grund av begränsad tid. En svaghet med metoden allmän litteraturöversikt kan vara att det blev en begränsad mängd relevant forskning och finns en risk för selektivt urval av studier

som endast stödjer ståndpunkterna. Medvetenheten kring detta gjorde att vi under hela forskningsprocessen hade ett kritiskt förhållningssätt och försökte ha det i åtanke (Friberg, 2012). Att välja att endast inkludera kvalitativa artiklar kan ses som en svaghet eftersom både kvantitativa och kvalitativa styrker resultaten ytterligare i vissa frågeställningar, men eftersom målet är att få en ökad kunskap och förståelse för kvinnors upplevelser samt hanteringsstrategier blir kvalitativa artiklar det mest lämpliga att använda som kan svara till syftet på ett beskrivande sätt. Endast peer-reviewed originalartiklar inkluderades vilket kan ses som en styrka eftersom originalartiklar redovisar ny kunskap som inte tidigare har redovisats. Det gör att trovärdigheten av resultatet ökar i och med att kunskapen inte kopierats från tidigare texter (Segersten, 2012). Inga manuella sökningar utfördes av den anledningen att det finns risk för selektivt urval istället för systematiskt urval av artiklar.

Till en början var tanken att endast inkludera kvinnors upplevelse och hanteringsstrategier som drabbats av sent missfall, det vill säga efter den 12:e graviditetsveckan fram till och med den 22:e graviditetsveckan. Detta eftersom författarnas uppfattning var att det är skillnad att drabbas av missfall i ett mycket tidigt skede av graviditet jämförelse i ett mycket senare skede. Vid den inledande sökning insåg vi att det inte fanns tillräckligt stort utbud av artiklar som undersökte endast sena missfall vilket gjorde att vi fick bredda vårt syfte och inkludera en större variation. En styrka är dock att vi hittade tillräckligt med data relaterat till missfall för att inte behöva inkludera andra närliggande områden som till exempel dödfött barn, neonatal död, ektopisk graviditet och hotande missfall.

De artiklar som är inkluderade i litteraturstudien kommer från många olika länder och tanken var att artiklarna skulle representera hela världen eftersom vi inte anser att det bör vara en skillnad i kvinnors upplevelser på grund av geografisk plats. Två artiklar är från Sverige, tre från Australien, två från Israel, en från USA, en från Kanada, en från Irland och en från Storbritannien. Artiklar från alla världsdelar fanns inte tillgängliga och därav kan vi inte skriva att det helt och hållet speglar hela världen. Det finns mycket likheter i resultaten och det finns inget som tyder på att den geografiska platsen har en påverkan därav kan resultaten vara överförbart i ett svenskt omvårdnadssammanhang. Vissa studier i vår litteraturöversikt har religiösa inslag men vi ville belysa olika upplevelser hos kvinnor oavsett vilket land, religion och samhällsnormer.

Av de 11 artiklar som inkluderas i litteraturöversikten är majoriteten skriva på engelska. Om inte det engelska språket är modersmål vid analysen och granskningen av artiklarna finns en risk för feltolkning. För att förhindra feltolkning användes lexikon och ordböcker för att slå upp rätt översättning vid svårigheter att förstå språket. Endast engelska och svenskspråkiga studier inkluderades och artiklar som var skrivna på andra språk exkluderades vilket kan ses både som en svaghet och styrka. De artiklar som är skrivna på andra språk kan ge en större variation och ha värdefulla data till resultatet vilket går förlorat när de artiklarna exkluderas. Denna begränsning var dock nödvändigt på grund av brist på kunskap och resurser för att ta del av artiklar med andra språk. Det hade varit risk för feltolkning vid analys av artiklar skrivna på andra språk, vilket hade påverkat resultatet. I artikelsökningen gjordes ingen avgränsning till publiceringsår. Att inte exkludera gamla artiklar kan ses som en svaghet eftersom artiklar och forskning är mer aktuella desto nyare de är. Dock ansåg vi inte att det fanns en anledning att på grund av publiceringsår välja bort relevanta artiklar för vårt syfte. Den äldsta artikeln är från 2001 och forskningsläget har inte ändrats speciellt mycket under de åren fram till idag.

Vid analysen sammanställdes resultat från elva kvalitativa artiklar. Granskningen enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativ metodik utfördes var för sig av författarna. Granskningen kunde styrkas genom att båda författarna granskade samtliga artiklar. Artiklarnas teoretiska referensramar, metoder och resultat sammanställdes i enskilda dokument. Det gav en överskådlighet vilket underlättade kategoriseringen av teman. Vid analysen uppnåddes inte saturation. Saturation för vår studie skulle innebära att de upplevelserna och strategier skulle återkomma, och att få eller inga nya yttringar uppstår (Carlson, 2012). Ett större antal artiklar än de elva som inkluderades i denna studie hade bidragit med större evidens i resultatet.

Resultatdiskussion

I resultatet har vi identifierat framförallt fyra huvudfynd. Det första är att kvinnor upplever brister i bemötandet på vårdavdelningar. Det andra är att det negativa bemötandet tillsammans med en oförstående omgivning tycks öka risken för psykisk ohälsa och ångest. Det tredje fyndet vi identifierat är att kvinnornas mest effektiva hanteringsstrategi är att söka kontakt och kommunicera med sin omgivning. Det sista fyndet är att vissa kvinnor isolerar sig vilket inte var en effektiv strategi för hantering av situationen. Ett samband kan ses hos de kvinnor som inte får tillräckligt med emotionellt stöd och de kvinnor som isolerar sig.

Negativt bemötande och bristande förståelse från omgivningen

Vid missfall upplever kvinnor som deltagit i studierna psykisk lidande i hög utsträckning och många hamnar i en livskris vilket kan ta sig i uttryck i deras vardagsliv. Det kan exempelvis vara att se barn och gravida i olika sammanhang.

Vid missfall spelar vården en stor roll i att stötta kvinnor att hantera sina upplevelser, dels i bemötandet direkt efter det inträffade missfallet och dels i den efterföljande vården. Det är av stor vikt att bemötandet är personcentrerat då alla drabbade kvinnor är olika varandra och således behöver olika former av stöd och hjälp (Eldh, 2014). Eftersom sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden så är sjuksköterskans uppgift, om den ska vara lyckad i dessa sammanhang, att vara dynamisk ur ett anpassningsperspektiv. Enligt Dorothea Orem's omvårdnadsteori besitter sjuksköterskan den kunskap som kan anses vara nödvändig för att identifiera huruvida omvårdnad krävs och i vilken utsträckning (Selanders et al., 1995). Kvinnans behov måste alltid vara i fokus och detta angreppssätt måste genomsyra alla instanser som har kontakt med kvinnor vid missfall (Brier, 2004).

Vårdens bemötande och de närståendes förståelse har lika stor betydelse för kvinnans upplevelse av situationen. Vikten av närståendes förståelse kanske framförallt härstammar från kvinnors önskan att kunna skapa familj genom att fullborda en graviditet för sig själv och sin partner. Förlusten av ett foster kan bidra med en känsla av att livet inte kommer att bli fullbordat. Genom att erhålla stöd och förståelse från personer som står nära kan det bidra till att processen blir lättare att bearbeta för den drabbade.

Om både vården och omgivningen bemöter och har förståelse för kvinnans situation kan risken för psykisk ohälsa minska vid missfall vilket i allra högsta grad är önskvärt. Tidigare forskning visade att kvinnor med bristande stöd från sin omgivning i högre utsträckning drabbas av psykiska symtom och har svårare att hantera sorgen (Lok & Neugebauer, 2007).

Känslan av att vara icke önskvärd

Majoriteten av alla kvinnor som drabbats av missfall upplever att bemötande av vården inte varit god och att det i många fall gått så långt att man har känt sig icke önskade på vårdavdelningar samt att vården generellt uppvisat en undvikande attityd till kvinnornas psykiska lidande. Det beskrev även Radford et al., (2015) i sin studie då kvinnorna önskade att deras känslor skulle bekräftas i samma utsträckning som deras fysiska symtom.

Det som framförallt spelat in i att få kvinnor att känna sig icke önskvärda är en stor brist i kommunikationen mot kvinnorna vid sjukhusbesök. Den bristande kommunikationen har lett till att kvinnor inte vågat ta plats vilket har ökat på känslan av att känna sig utelämnad i en utsatt situation. Det är problematiskt att kvinnor upplever sig utelämnade i sin utsatta situation och i Sverige finns det definierat i Hälso- och Sjukvårdslagen vad som anses vara god vård. Inom begreppet faller bland annat att vården och i förlängningen sjuksköterskan ska kunna förebygga ohälsa (SFS 1982:763). Att många kvinnor känner sig utelämnade av vården och att det i förlängningen riskerar att leda till ohälsa för individen är i ljuset av detta problematiskt.

Emotionellt och socialt stöd som egenvård

I resultatet finns det kopplingar till kvinnornas hanteringsstrategier och det Orem beskriver som egenvård (Selanders et al., 1995). Det är tydligt i resultatet att kvinnorna själva utför egenvård genom att söka emotionellt och socialt stöd från personer i sin omgivning. Några kvinnor beskriver även vikten av att få dela händelsen med kvinnor som genomgått samma sak. När kvinnorna pratar om sina upplevelser och känslor efter missfallet kan det beskrivas som det Orem menar är initiativ till egenvård. Det emotionella och sociala stödet är den egenvård som hjälper kvinnorna att upprätthålla hälsa. Att söka stöd från personer i omgivningen är en av de strategier kvinnorna har för att försöka uppnå välbefinnande. De kvinnor som tar egna initiativ till att utföra egenvård har den kapacitet och kunskap som krävs för att förstå vilka behov finns efter att ha drabbats av missfall (Selanders et al., 1995). Kvinnorna hanterar sina känslor efter missfallet med det som beskrivs som känslolinriktade strategier. Känslolinriktade strategier fokuserar på att hantering av de känslor som uppkommer efter att kvinnorna drabbats av missfallet. Alla kvinnor har individuella sätt att med hjälp av strategier hantera sina känslor efter missfallet, men den strategi som beskrivs av flest kvinnor är just att söka emotionellt och socialt stöd (Pellmer et al., 2012).

Omvårdnadsinsatser är nödvändigt vid egenvårdsbrist

Det framkommer i resultatet att några kvinnor inte kommunicerar sina känslor med andra människor, utan istället trycker undan känslorna genom att isolera sig. Detta kan kopplas samman med det Orem beskriver som egenvårdsbrist, och det som uppstår när kvinnan på grund av inre faktorer begränsas till att klara av situationen (Selanders et al., 1995). Vissa kvinnor hamnar i en situation med psykiska påfrestningar som begränsar dem till att själva klara av att utföra egenvård. Att isolera sig ses som en ineffektiv hanteringsstrategi och ger inte kvinnorna ett ökat välbefinnande, därför kopplas det till egenvårdsbrist. Alla kvinnor har inte heller den kunskap som krävs för hur de ska komma i kontakt med professionellt stöd (exempelvis samtalsstöd). Orem beskriver att det krävs kunskap för att en individ ska kunna utföra egenvård. Majoriteten av kvinnorna i studierna erbjöds inte emotionellt stöd från någon i hälso- och sjukvården. Avsaknaden av emotionellt stöd styrks av tidigare forskning där Geller et al., (2010) beskrev att kvinnor upplevde att de inte fick det stödet som de behövde från sjukvården. De kvinnor som inte själva har kapacitet till att hantera situationen med känslolinriktade strategier och egenvård upplever ofta tiden efter missfallet som ensam och

isolerande (Selanders et al., 1995).

Eftersom den enskilda kvinnans förmåga att hantera situationen är unik behöver sjukvården ha ett personcentrerat bemötande vid kontakt med kvinnor som drabbats av missfall. I sjukvården går det inte att förutse vilka kvinnor som inte har förmågan att själva hantera situationen. Sjuksköterskan kan inte veta vilka kvinnor som har kunskap om hur de ska komma i kontakt med hälso- och sjukvården vid behov av emotionellt stöd, det betyder att vi måste se till att alla erbjuds samtalskontakt (Eldh, 2014). Sjuksköterskan har ett ansvar enligt lagen att förebygga ohälsa (SFS 1982:763). Ansvaret ska därför inte lämnas åt kvinnorna att själva få hantera situationen genom att söka emotionellt stöd från omgivningen, det är också sjukvårdens ansvar. Geller et al., (2010) beskrev att många av de kvinnor som aldrig erbjuds uppföljning upplevde det som ett övergivande från sjukvården. Samtidigt beskrev de kvinnor som fick stödsamtal att det var till stor hjälp (Geller et al., 2010). Detta styrker det faktum att sjukvården bör göra mer åtgärder än vad som idag görs. Genom att bedriva hälsofrämjande åtgärder går det att i tid fånga upp de kvinnorna i ett tidigare skede innan de hunnit isolera sig från omvärlden och i värsta fall drabbas av psykisk ohälsa till följd av missfallet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Ytterligare forskning bör undersöka vilka omvårdnadsinsatser som utförs idag. Vidare forskning bör undersöka om den kunskap som vår litteraturstudie kommit fram till kan tillämpas i klinisk omvårdnad. Detta för att undersöka om de hanteringsstrategierna är effektiva omvårdnadsinsatser.

Slutsats och kliniska implikationer

Slutsatsen är att kvinnor i olika hög grad upplever missfallet som fysisk, psykisk och emotionellt påfrestande. Kvinnor använder sig av många olika hanteringsstrategier, men alla kvinnor har inte tillräckligt med strategier för att hantera situationen vilket i några fall leder till mer psykiskt lidande och ökad risk för psykisk ohälsa.

Förslag på implikationer i praktiskt omvårdnadsarbete är att sjuksköterskan gör en bedömning av kvinnans psykiska mående efter missfall.

Resultatet bidrar med kunskap som kan förbättra sjukvårdens förutsättningar samt sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Den ökade kunskapen om upplevelser vid missfall bidrar till bättre omvårdnad för kvinnor i denna utsatta situation. Sjuksköterskan kan genom god kommunikation och ett gott bemötande få kvinnorna att känna sig trygga och bekräftade vilket kan minska deras psykiska lidande. Förutsättningen för att detta skall ske är att sjuksköterskor får bättre utbildning och kunskap om kvinnors omvårdnadsbehov vid missfall.

Resultatet berör inte enbart den drabbade kvinnan utan även kvinnornas närstående. Närstående har ofta ett stort ansvar i omhändertagandet av den drabbade kvinnan utanför sjukvården. Det kan vara påfrestande att ha det ansvaret. Vi anser att sjuksköterskan istället bör ge information om var professionellt samtalsstöd kan erbjudas (exempelvis inom primärvården), och ge förslag på forum där kvinnor som drabbats av missfall kan ge varandra stöd.

Eftersom missfall är svårt att undvika och är vanligt förekommande, så kommer den klinisk yrkesverksamma sjuksköterskan sannolikt att någon gång möta kvinnor som drabbats av missfall.

Referenslista

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 23(1), 3-18.
- Adolfsson, A., Larsson, P., Wiljma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care For Women International*, 25(6), 543-560.
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Early bereavement: women's experiences of miscarriage. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 32(1), 32-36.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.305-314). Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (s.113 -131). Lund: Studentlitteratur.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 31(2), 138-142.
- Brännström, M., Gemzell Danielsson, K., Hagberg, H., Landgren, B-M., Marsál, K., & Westgren, M. (2016). *ObGyn*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Carlson, E. (2012). Etnografi och deltagande observation. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.218-234). Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (s.485-501). Lund: Studentlitteratur.
- Erviti, J., Castro, R., & Collado, A. (2004). Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and 'spontaneous' abortion. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1058-1076.
- Evans, R.(2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26(42), 35-41.
- Fernandez, R., Harris, D., & Leschied, A. (2011). Understanding grief following pregnancy loss: A retrospective analysis regarding women´s coping responses. *Illness, Crisis & Loss*, 19(2), 143-163. doi:10.2190/IL.19.2.d

- Fransson Sellgren, S. (2014). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (s.253-274). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.
- Geller, P.A., Psaros, C. & Kornfield, S.L. (2010) Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 111-124. doi:10.1007/s00737-010-0147-5
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29.
- Haghparsat, E., Faramarzi, M., & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(5), 1097–1101. doi: 10.12669/pjms.325.10909
- Hamama-Raz, Y., Hemmendinger, S., & Buchbinder, E. (2010). The unifying difference: dyadic coping with spontaneous abortion among religious Jewish couples. *Qualitative Health Research*. 20(2),251-61. doi: 10.1177/1049732309357054.
- Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 19(1), 8-14.
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A.K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (s.53-68). Lund: Studentlitteratur.
- Lepp, M. (2014). Kreativitet och skapande. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (s.539-564). Lund: Studentlitteratur.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2), s.229-247 doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
- Maker, C., & Ogden, J. (2003). The Miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity?. *Psychology and Health*, 18(3), 403-415. doi:10.1080/0887044031000069343
- Mulvihill, A., & Walsh, T. (2014). Pregnancy Loss in Rural Ireland: An Experience of Disenfranchised Grief. *British Journal Of Social Work*, 44(8), 2290-2306.
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). Grundläggande folkhälsovetenskap. Stockholm: Liber AB.

- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.31 -50). Lund: Studentlitteratur.
- Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1457-1465.
doi:10.1111/jocn.12781
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.429-443). Lund: Studentlitteratur.
- Rowlands, I., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 274-286.
doi:10.1080/02646831003587346
- Sahlgrenska universitetssjukhus. (2016). Missfall. Hämtad 2017-04-08, från <https://www.sahlgrenska.se/w/m/missfall/>
- Sahlgrenska universitetssjukhus. (2014). Rutin Missfall. Hämtad 2017-04-07, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/16424/Missfall.pdf?a=false&guest=true>
- Sefton, M. (2007). Grief Analysis of Adolescents Experiencing an Early Miscarriage. *Hispanic Health Care International*, 5(1), 13-20.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete . I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur AB.
- Selanders, L. C., Schmideding, N. J., & Hartweg, D. L. (1995). *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s.77-96). Lund: Studentlitteratur.
- Slordal, L., & Rygnestad, T. (2014). Läkemedel vid smärta. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Farmakologi och läkemedelsanvändning* (s.367-375). Lund: Studentlitteratur.
- Stjerndahl, J-H. (2015). Tidig patologisk graviditet. I P.O. Janson & B-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (s. 249-277). Lund: Studentlitteratur AB.
- Svenska Akademien (2006). *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket*. Stockholm
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Danagårds: Svensk sjuksköterskeförening.

- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.481-495). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.457-468). Lund: Studentlitteratur.
- Winman, T., & Rystedt, H. (2014). Från patientjournaler till digitala informationssystem. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (s.409-432). Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1. Söktabell

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-03-02	Cinahl	Abortion, Spontaneous AND Experience	Peer-reviewed, English,	189	29	13	Adolfsson et al., 2004 Ancker et al., 2012 Harvey et al., 2001 Maker et al., 2003 Mulvihill, 2014 Rowlands et al., 2010 Sefton, 2007
2017-03-09	Pubmed	“Abortion, Spontaneous” AND “Adaptation, Psychological”		191	29	10	Hamama-Raz et al., 2010
2017- 03-09	Cinahl	Abortion, Spontaneous AND Coping	Peer-reviewed, English	61	34	16	Abboud et al., 2005 Fernandez et al., 2011 Gerber-Epstein et al., 2009
2017-03-12	PsycInfo	“Spontaneous Abortion” AND Strategies	Peer-reviewed, English	34	11	3	(Dubblett) Abboud et al., 2005
Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal	Lästa	Granskade	Valda

				träffar	abstract	artiklar	artiklar
2017-03-12	PsycInfo	“Spontaneous Abortion” AND Coping	Peer-reviewed, English	51	12	6	(Dubbletter) Abboud et al., 2005 Hamama-Raz et al., 2010 Fernandez et al., 2011 Rowlands et al., 2010
2017-03-12	Cinahl	“Abortion, Spontaneous” AND Strategies	Peer-reviewed, English	48	7	4	(Dubblett) Abboud et al., 2005

Bilaga 2. Översikt av artiklar

Titel, författare, tidskrift, årtal, land	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Sammanfattande bedömning av kvalitet
<p>Grief Analysis of Adolescents Experiencing an Early Miscarriage</p> <p>M. Sefton</p> <p>Hispanic Health Care International</p> <p>2007</p> <p>USA</p>	<p>Syftet var att undersöka unga kvinnors upplevelse av förlusten av en graviditet samt att presentera den sorgereaktion till följd av ett missfall.</p>	<p>14 unga latinamerikanska kvinnor rekryterades från en kvantitativ studie från en högstadieskola. De hade drabbats av missfall för två till fem år sedan.</p>	<p>Individuella intervjuer med kvalitativ teknik och öppna frågor.</p> <p>Kvantitativ enkätfrågor för bakgrundsinformation.</p> <p>Data analyserades genom en guide av Sanders faser vid förlust och kategoriserade deltagarnas tankar, känslor och fysiska symptom.</p>	<p>Resultatet sammanställdes enligt Sanders sorg guide. Resultatet blev tre underteman: Psykosocial mognad, Ingen förändring och negativ förändring.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Det finns ett etiskt godkännande från en kommitté. Forskaren har diskuterat begränsningar och kliniska implikationer. Deltagarna var unga kvinnor vilket är en värdefull grupp till vår litteraturoversikt. Resultatet svarar till vårt syfte.</p> <p>Svagheter: Deltagarna är en relativ homogen grupp. Resultatet kan påverkas när det var flera år sedan kvinnorna drabbades av missfallet. Forskarna diskuterar varken data och analysmättnad.</p>
<p>The Miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity?</p> <p>C. Maker & J. Ogden</p> <p>Psychology and Health</p> <p>2003</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Syftet var att få en fördjupad förståelse för kvinnors upplevelse av missfall.</p>	<p>13 kvinnor som drabbats av missfall de 14 första graviditetsveckorna. Kvinnorna intervjuades inom fem veckor efter att dem drabbats av missfallet.</p>	<p>Individuella semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Intervjuerna transkriberades och analyserades manuellt med hjälp av tolkande fenomenologisk analys.</p>	<p>Tre teman framkom och kategoriseras enligt olika stadier:</p> <p>Kaos, anpassning och upplösning.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Det finns ett etiskt godkännande från sjukhusstyrelsen. Forskarna diskuterar förförande i rekryteringsprocessen. Tydlig beskrivning av metod och resultat. Urvalet av deltagare är av stor variation. Resultatet svarar till vårt syfte.</p> <p>Svagheter: Syftet är otydligt beskrivet. Forskarna diskuterar varken data och analysmättnad.</p>

Titel, författare, tidskrift, årtal, land	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Sammanfattande bedömning av kvalité
<p>Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage</p> <p>A-S. Adolfsson, P. G. Larsson, B. Wiljma & C. Berterö</p> <p>Health Care for Women international</p> <p>2004</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet var att identifiera och beskriva kvinnors upplevelse av missfall.</p>	<p>13 kvinnor som drabbats av missfall deltog. Kvinnorna intervjuades mellan nio och 20 veckor efter missfallet.</p>	<p>Designen är tolkande fenomenologisk. Individuella intervjuer med öppna frågor.</p> <p>Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Huvudtemat skuld och tomhet identifierades samt de följande fem underteman: kluven känslomässigt, kroppslig sensation, förlust, sorg och övergivenhet.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Etiskt godkännande från en etisk kommitté. Forskarna diskuterar förförande i rekryteringsprocessen. Urvalet av deltagare är av stor variation. Tydlig beskrivning av metod och resultat. Resultatet svarar till vårt syfte.</p> <p>Svagheter: Forskarna diskuterar varken data och analysmättnad.</p>
<p>Understanding grief following pregnancy loss: a retrospective analysis regarding women's coping responses</p> <p>R. Fernandez, D. Harris & A. Leschied</p> <p>Illness, crisis & loss</p> <p>2011</p> <p>Kanada</p>	<p>Syftet var att undersöka kvinnors levda upplevelse av graviditetsförlust.</p>	<p>Sju kvinnor deltog i studien. Kvinnorna som deltog i studien hade drabbats av missfallet för noll till 26 år sedan.</p>	<p>Individuella semistrukturerade intervjuer med tematiska frågeställningar. Intervjuerna transkriberades och analyserades med CQR forskningsmetodik.</p>	<p>Följande tio teman sammanställdes: Reaktionen, tillgivenhet, trauma, hantering och läkning, existentiell mening, perspektiv av socialt stöd, förlust, miljömässiga faktorer, sociala stödet och det professionella stödet.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Resultatet svarar tydligt till vårt syfte. Urvalet av deltagare är av stor variation. Forskarna har diskuterat kliniska implikationer praktiska råd.</p> <p>Svagheter: Oklart om det finns ett etiskt godkännande. Urvalsförfarandet är otydligt beskrivet. Två av kvinnorna som deltog i studien drabbades av fostermissbildning vilket inte matchar inklusionskriterierna.</p>
Titel, författare, tidskrift,	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Sammanfattande bedömning av

årstal, land					kvalité
<p>The silence was deafening: social and health service support after miscarriage</p> <p>I. J. Rowlands & C. Lee</p> <p>Journal of Reproductive and Infant Psychology</p> <p>2010</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet var att hitta strategier som kan stödja australiska kvinnor efter missfall.</p>	<p>9 kvinnor mellan 35 och 42 år gamla som upplevt missfall under de senaste två åren.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer. Triangulation användes vid dataanalys.</p>	<p>Resultatet delades upp i två huvudteman och tre underteman. Huvudteman bestod av kvinnors upplevelser och deras hantering av missfall.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Relevant urval och datainsamling. Triangulation användes vid dataanalys. Resultat som svarar till vårt syfte.</p> <p>Svagheter: Otydligt syfte</p>
<p>The unifying difference: dyadic coping with spontaneous abortion among religious Jewish couples</p> <p>Y. Hamama-Raz, S. Hemmendinger & E. Buchbinder</p> <p>Qualitative Health Research (QHR)</p> <p>2010</p> <p>Israel</p>	<p>Syfte var att undersöka och förstå religiösa par när kvinnan drabbas av missfall och i vilken utsträckning det påverkar parrelationer.</p>	<p>Fem judiska religiösa par. Samtliga deltagare intervjuades individuellt.</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv studie med tolkande och berättande inslag. Semi-strukturerade intervjuer har använts.</p>	<p>Resultat beskriver förlust och sorgen hos de fem judiska paren Alla sörjer på olika sätt och männens sätt att hantera sorgen spelar roll i hur kvinnornas sorgearbete ter sig.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Svarar tydligt till vårt syfte. Det finns ett etiskt godkännande tydligt beskriven i studien. Forskare har reflekterat kring sin förförståelse i relation till datainsamling samt analysen.</p> <p>Svagheter: Urvalet i studien består av både män och kvinnor. Relation mellan forskare och deltagare är inte tydligt beskriven. Forskare har ej nämnt om det råder datamättnad och analysmättnad.</p>
Titel, författare, tidskrift, årstal, land	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Sammanfattande bedömning av kvalité

<p>Pregnancy Loss in Rural Ireland: An Experience of Disenfranchised Grief</p> <p>A. Mulvihill & T. Walsh</p> <p>British journal of social work</p> <p>2014</p> <p>Irland</p>	<p>Syftet är att utveckla en bättre förståelse för kvinnor som haft missfall</p>	<p>Kvinnor som drabbats av missfall senaste året deltog i studien.</p>	<p>Kvalitativ studie. Kvinnor intervjuades individuellt.</p>	<p>Tre teman presenteras i resultatet.</p> <p>Kommunikationens betydelse, sjukhusets fysiska miljö och dess betydelse samt "the presence of disenfranchised grief" som betyder graden av socialt bekräftande.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Resultatet är relevant till vårt syfte. Det finns ett etiskt godkännande.</p> <p>Svagheter: Relation mellan forskare och deltagare är inte tydligt beskriven. Forskare har ej nämnt om det råder datamättnad och analysmättnad</p> <p>Forskare har ej reflekterat kring sin förförståelse i relation till datainsamling samt analysen.</p>
<p>The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices.</p> <p>P. Gerber-Epstein, R. D. Leichtenritt & Y. Benyamini</p> <p>Death Studies</p> <p>2009</p> <p>Israel</p>	<p>Syftet med denna studie var att försöka förstå och ge röst åt kvinnor som upplevt missfall vid sin första graviditet.</p>	<p>19 israeliska kvinnor som haft missfall vid sina första graviditeter deltog i studien.</p>	<p>En kvalitativ studie med aktiva individuella intervjuer.</p>	<p>Resultatet presenteras under fem stora teman. 1. Ju större glädje desto större fall. 2. förlustens intensitet. 3. Tillgängligt stöd. 4. Livet efter missfall. 5. Rekommendationer till professionella.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Svarar tydligt till vårt syfte. Etiskt godkännande beskrivs tydligt och forskarna har resonerat kring etiska dilemman i urvalet.</p> <p>Svagheter: Forskare har inte nämnt om det råder datamättnad och analysmättnad.</p>
<p>Titel, författare, tidskrift, årtal, land</p>	<p>Syfte</p>	<p>Urval</p>	<p>Metod</p>	<p>Resultat</p>	<p>Sammanfattande bedömning av kvalité</p>

<p>When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners</p> <p>L. Abboud & P. Liamputtong</p> <p>Journal of reproductive and infant psychology</p> <p>2005</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet är att undersöka kvinnor och deras partners upplevelser av missfall.</p>	<p>Sex kvinnor samt deras partner mellan ålder 22 och 45. Samtliga deltagare bor i Melbourne men var födda i mellanöstern förutom en kvinna som var född i Filippinerna. Alla var kristna. Hälften av dessa kvinnor hade haft ett missfall för mer än ett år sedan.</p>	<p>Kvalitativ studie, fenomenologisk studie. Forskarna har använt sig av djupintervjuer för att komma åt information i känsliga eller svåra ämnen.</p>	<p>Resultat fokuserar på hanteringsstrategier, socialt stöd, nöjdhet(upplevelse) av sjukvården.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Styrkor: Svarar tydligt till vårt syfte. Ett etiskt godkännande beskrivs i studien. Samtycke av deltagarna erhöles också innan intervjuer påbörjats.</p> <p>Svagheter: Deltagare består av både män och kvinnor. Relation mellan forskare och deltagare är inte tydligt beskriven. Forskare har inte reflekterat kring sin förståelse i relation till datainsamling samt analysen.</p>
<p>Early bereavement: women's experiences of miscarriage</p> <p>T. Ancker, A. Gebhard, S. Andreassen & A. Botond</p> <p>Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies</p> <p>2012</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet var att beskriva den sörjande kvinnans upplevelse av ett tidigt missfall.</p>	<p>Sex kvinnor i 30-40 årsåldern med upprepade fall av missfall deltog i studien.</p>	<p>Individuella halvstrukturerade intervjuer.</p> <p>Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Följande sju teman sammanställdes i resultatet: Att få vara moder, oväntat trauma, reaktion och konfrontation, att hitta förklaringar, att möta förståelse, att genomgå en livskris och att få sörja som förälder.</p>	<p>Hög</p> <p>Styrkor: Det finns ett etiskt resonemang. Svarar tydligt till vårt syfte. Tydlig beskrivning av metod och resultat. Forskaren har diskuterat begränsningar.</p> <p>Svagheter: Deltagarna är en relativ homogen grupp. Kvinnorna tog själva initiativ till deltagande i studien vilket kan påverka resultatet. Brist på citat i resultatdelen. Forskarna diskuterar varken data och analysmättnad.</p>
<p>Titel, författare, tidskrift, årtal, land</p>	<p>Syfte</p>	<p>Urval</p>	<p>Metod</p>	<p>Resultat</p>	<p>Sammanfattande bedömning av kvalitet</p>
<p>Women's experience of early</p>	<p>Syftet med studien var</p>	<p>Tre kvinnor deltog i</p>	<p>Individuella intervjuer med</p>	<p>Tre huvudteman</p>	<p>Medelhög</p>

<p>miscarriage: a phenomenological study</p> <p>J. Harvey, D. Creedy & W. Moyle</p> <p>Australian Journal of Advanced Nursing</p> <p>2001</p> <p>Australien</p>	<p>att beskriva kvinnors upplevelse inom de 12 efterföljande månaderna efter ett missfall.</p>	<p>studien.</p> <p>Alla tre hade drabbats av missfall de senaste 12 månaderna när de intervjuades.</p>	<p>öppna ostrukturerade frågor.</p> <p>Intervjuerna transkriberades och analyserades med fenomenologisk metod.</p>	<p>sammanställdes:</p> <p>förlusten av barnet, förlusten av moderskap samt hopp och drömmar kvinnan föreställde sig åt barnet.</p>	<p>Styrkor: Etiskt godkännande från etisk kommitté. Relevant resultat som svarar till vårt syfte. Forskarna har diskuterat kliniska implikationer.</p> <p>Svagheter: Kvinnorna tog själva initiativ till deltagande i studien vilket kan påverka resultatet. Det är ett litet antal deltagare i studien. Otydligt beskrivande av resultat med brist på citat.</p>
---	--	--	--	--	---